

**Wniosek przedstawiciela firmy handlowej lub medycznej
zajmującej się wytwarzaniem, dystrybucją lub reklamą produktów
leczniczych na odbywanie spotkań z osobami uprawnionymi do
wystawiania recept**

1. Imię i nazwisko przedstawiciela firmy (*uzupełnij odpowiedź*):
2. Adres e-mail (*uzupełnij odpowiedź*):
3. Telefon (*uzupełnij odpowiedź*):
4. Pełna nazwa i adres Podmiotu odpowiedzialnego (*uzupełnij odpowiedź*):

Na podstawie niniejszego wniosku występuję o zgodę na odbywanie spotkań z osobami uprawnionymi do wystawiania recept w niżej wymienionych jednostkach organizacyjnych wchodzących w skład SPZZLO Warszawa Żoliborz-Bielany (*uzupełnij odpowiedź*):

w okresie (zgoda może być wydana na okres nie dłuższy 6 miesięcy):
od **do**

Data, Czytelny podpis Przedstawiciela

**INFORMACJA O ZBIERANIU DANYCH OD OSOBY, KTÓREJ ONE
DOTYCZA**

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, RODO), informujemy, że:
Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Żoliborz-Bielany, ul. Szajnochy 8, 01-637 Warszawa nr tel.: 22 833 58 88.

Inspektor ochrony danych jest dostępny za pomocą środków komunikacji elektronicznej:
e-mail: iod@spzzlo.pl lub tel. 798 117 834, adres: Przychodnia Szajnochy, ul. Szajnochy 8, 01-637 Warszawa.

Cele przetwarzania danych osobowych:

SPZZLO Warszawa Żoliborz-Bielany przetwarza Pani/Pana dane osobowe, żeby ewidencjonować zgody wydane dla przedstawicieli medycznych lub handlowych odwiedzających osoby zatrudnione i uprawnione do wystawiania recept u administratora, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych celem reklamy produktu leczniczego.

Podstawa prawna przetwarzania danych wynika z:

Przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora (art. 6 ust. 1 lit. f RODO). W szczególności aby ewidencjonować zgody, o których mowa w § 13 ust.3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 listopada 2008 r. w sprawie reklamy produktów leczniczych.

Okres, przez który dane osobowe będą przechowywane: przez okres 1 roku liczonego od dnia zakończenia okresu objętego zgodą, z możliwością przedłużenia w sytuacjach wynikających z przepisów ustawy Prawo farmaceutyczne, dotyczących uprawnień kontrolnych GIF oraz związanych z regulacjami w zakresie odpowiedzialności karnej/administracyjnej odnoszącej się do prowadzenia reklamy w sposób sprzeczny z ww. ustawą.

Uprawnienia z art. 15-21 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych:

Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, a także prawo do usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.

Prawo do wniesienia skargi:

Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych przez Administratora narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Podstawa podania danych osobowych:

Ustawa Prawo farmaceutyczne oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 listopada 2008 r. w sprawie reklamy produktów leczniczych.

Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji:

Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w oparciu o profilowanie.

DECYZJA DYREKTORA SPZZLO WARSZAWA ŻOLIBORZ-BIELANY W PRZEDMIOCIE ZGODY NA ODWIEDZINY PRZEDSTAWICIELA FIRMY FARMACEUTYCZNEJ W CELU REKLAMY PRODUKTU LECZNICZEGO

Wyrażam zgodę na odbywanie spotkań z osobami uprawnionymi do wystawiania recept przedstawicielowi firmy wskazanej w niniejszym wniosku.

w okresie i w jednostkach wskazanych we wniosku

w okresie od _____ do _____, w następujących jednostkach organizacyjnych:

Odmawiam wyrażenia zgody

* Dyrektor oznacza właściwą rubrykę, odpowiednio do podjętej decyzji.

Data, Pieczęć i Podpis
Dyrektora SPZZLO Warszawa Żoliborz-Bielany